

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Стоматологический факультет

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ
ХИРУРГИЯ**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично) профессиональных (ПК-1):

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1. Готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	<p>ИД 1. ПК-1. Знает:</p> <p>Общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям</p> <p>Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строение зубов</p> <p>Гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>Анатомо-функциональное состояние органов челюстно-лицевой области с учетом возраста</p> <p>Нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции</p> <p>Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых с дефектами ЧЛО.</p> <p>Клиническую картину, классификацию врожденных и приобретенных дефектов ЧЛО.</p> <p>ИПК 1.2. ПК-1. Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, и дефектами ЧЛО. Выявлять факторы риска и причин развития стоматологических и др. заболеваний ЧЛО.</p> <p>Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области</p> <p>Выявлять у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы</p>

риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области

Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи

Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи

Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи

Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы)

Интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов

Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых

Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих

	оказания медицинской помощи в неотложной форме
--	--

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Количество заданий

на 1 компетенцию

25 с эталонами ответов

10 вопросов

65 задач с эталонами ответов

ПК- 1. Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выбор метода восстановительной операции определяется:

1. по размерам дефекта или деформации
2. по специальному оснащению операционной
3. по мнению больного

Эталон ответа: 1. по размерам дефекта или деформации

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Васкуляризация свободного кожного трансплантата начинается через:

1. 12 часов
2. 24 часа
3. 2-3 дня

Эталон ответа: 3. 2-3 дня

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Преимущество методов пластики местными тканями заключается:

1. в многоэтапности лечения
2. в широких пластических возможностях метода
3. в сходстве, однотипности тканей по строению

Эталон ответа: 3. в сходстве, однотипности тканей по строению

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1. на питающей ножке
2. встречных треугольных
3. круглого стебельчатого

Эталон ответа: 2. встречных треугольных

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

1. при рубцовых выворотах век
2. при линейных келлоидных рубцах
3. при обширных дефектах костей лица

Эталон ответа: 1. при рубцовых выворотах век

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее простой вид пластики местными тканями:

1. лоскутами на ножке
 2. мобилизация краев раны
 3. треугольными лоскутами
- Эталон ответа:* 2. мобилизация краев раны

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Из отечественных хирургов в XX в. впервые предложил использование «стебельчатого лоскута»:

1. М. В. Мухин
2. Л. Р. Балон
3. В. П. Филатов

Эталон ответа: 3. В. П. Филатов

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Из отечественных хирургов предложил пластику встречными треугольными лоскутами:

1. Ю. К. Шимановский
- 2 Ю. И. Бернадский
3. А. А. Лимберг

Эталон ответа: 3. А. А. Лимберг

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Местным противопоказаниям для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области относят:

1. пиодермия, дерматит лица
2. травматический неврит подглазничного нерва
3. артроз височно-нижнечелюстного сустава

Эталон ответа: 1. пиодермия, дерматит лица

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Показания для проведения местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:

1. наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей лица или шеи
2. наличие больших, объемных дефектов или деформаций лица, или шеи
3. субтотальный сквозной дефект ушной раковины

Эталон ответа: 1. наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей лица или шеи

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Точки Валле:

1. участки кожи с повышенной чувствительностью
2. место выхода нерва на поверхность лицевых костей
3. место, соответствующее расположению вегетативных узлов

Эталон ответа: 2. место выхода нерва на поверхность лицевых костей

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным симптомом неврита тройничного нерва является:

1. симптом Венсана
2. длительные парастезии
3. длительные ноющие боли

Эталон ответа: 3. длительные ноющие боли

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным симптомом невралгии тройничного нерва является:

1. симптом Венсана
 2. длительные парастезии
 3. сильные кратковременные приступообразные боли
- Эталон ответа:* 3. длительные ноющие боли

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Триггерными (курковыми) зонами называются участки:

1. парастезии
2. гипостезии
3. раздражение которых провоцирует приступ боли

Эталон ответа: 3. раздражение которых провоцирует приступ боли

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным методом лечения неврита тройничного нерва является:

1. физиотерапия
 2. химиотерапия
 3. хирургический
- Эталон ответа:* 1. физиотерапия

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Клиническая картина неврита тройничного нерва характеризуется:

1. приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок
2. продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва

Эталон ответа: 2. продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больных, с подозрением на неврит или невралгию тройничного нерва, необходимо проконсультировать:

1. у окулиста
 2. у терапевта
 3. у невропатолога
- Эталон ответа:* 3. у невропатолога

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают:

1. с невротомии
 2. с трактотомии
 3. с блокад анестетиком
- Эталон ответа:* 3. с блокад анестетиком

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

1. шум в ушах
 2. нарушение глотания
 3. резкое ограничение подвижности нижней челюсти
- Эталон ответа:* 3. резкое ограничение подвижности нижней челюсти

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным методом лечения рубцовых контрактур нижней челюсти является:

1. комплексный
 2. хирургический
 3. физиотерапевтический
- Эталон ответа:* 3. физиотерапевтический

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:

1. физиотерапия
 2. хирургический
 3. консервативный
- Эталон ответа:* 2. хирургический

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диагноз артрит ВНЧС ставят на основании:

1. данных клинического анализа крови
 2. ЭОД
 3. клинико-рентгенологического исследования
- Эталон ответа:* 3. клинико-рентгенологического исследования

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Деформация костных суставных элементов ВНЧС на рентгенограмме является диагностическим признаком:

1. острого неспецифического артрита
 2. синдрома болевой дисфункции
 3. остеоартроза
- Эталон ответа:* 3. остеоартроза

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1. острым отитом
 2. острым гайморитом
 3. околоушным гипергидрозом
- Эталон ответа:* 1. острым отитом

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Причиной обострения хронического неспецифического артрита ВНЧС является:

1. актиномикоз
 2. околоушный гипергидроз
 3. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
- Эталон ответа:* 3. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

Вопросы для промежуточного контроля

1. Заболевания и повреждения нервов челюстно-лицевой области
2. Воспалительные и дистрофические заболевания височно-нижнечелюстного сустава
3. Контрактура нижней челюсти
4. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
5. Восстановительная хирургия лица
6. Пластика местными тканями
7. Пластика лоскутами тканей из удаленных участков
8. Пластика с применением свободной пересадки тканей
9. Применение сложных тканевых комплексов

10. Костная пластика челюстей

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная С., 60 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие мучительных, жгучих, стреляющих, кратковременных болей в средней зоне лица справа. Во время приступа боли отмечают гиперемию лица, слезотечение, иррадиацию болей в висок. Объективно. При осмотре хирургом-стоматологом отмечалась, что в момент приступа больная усиленно стала

дышать, сдавила пальцами мягкие ткани подглазничной области. Приступ продолжался несколько секунд. Повторился через 15 минут, в межприступном периоде болей не отмечалось. Ваш диагноз. Возможные причины данного заболевания.

Эталон ответа:

Невралгия II ветви тройничного нерва. Возможными причинами могут быть - опухоли задней и средней черепной ямки, сосудистые нарушения, эндокринно - обменные факторы.

Задание 2.

Больная Г., 47 лет, находилась в неврологической клинике с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Временами происходило усиление болей, длившееся от 20 до 40 мин. Провоцирующим моментом являлись сквозняки, физическая нагрузка. Больна несколько лет. При осмотре полости рта обнаружена глубокая кариозная полость в зубе 3.5. Проведено лечение зуба 3.6. Через 3-4 дня после пломбирования появились боли в области нижней челюсти слева. Боли были постоянными, ноющего характера, на фоне которых отмечались приступы усиления болей, длившиеся от 20 до 40 мин., постепенно проходящие. Триггерных зон нет. Больная лечилась амбулаторно, эффекта от лечения не наблюдалось.

Больная была госпитализирована. Неврологический статус: боль в области нижней челюсти слева постоянного характера. Болевая чувствительность слизистой десны слева снижена. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Больная раздражительна, плаксива, фиксирована на своих болевых ощущениях.

Имеется полость в зубе 3.5. Повышение показателей электропроводимости в зоне иннервации 3-ей ветви тройничного нерва. Ваш диагноз. 2 Назовите причины возникновения данного заболевания. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

Санация полости рта, анальгетики, нейролептики, седативные и десенсибилизирующие средства, нестероидные противовоспалительные препараты, витаминотерапия.

Задание 3.

Больная С., 58 лет, находилась в неврологической клинике с жалобами на тупые боли постоянного характера в зубах и верхней челюсти справа. На фоне постоянных болей отмечала приступы, длиющиеся около 2 часов. Боли иррадиировали в правую височную область, сопровождались покраснением области правой щеки. Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда после удаления корней зуба 4.8, появились вышеописанные жалобы.

Лечилась с диагнозом «Невралгия II-ой ветви тройничного нерва справа». Проводилось медикаментозное лечение (финлепсин, новокаиновые блокады). Однако эффекта не наблюдалось. В связи с чем больная была направлена в клинику нервных болезней.

Неврологический статус при поступлении: тупая боль постоянного характера в верхней челюсти справа. Болезненность при пальпации точки выхода II-ой ветви тройничного нерва. Болевая чувствительность сохранена, раздражительна, не верит в успех лечения,

конфликтна. Рентгенография шейного отдела позвоночника: без патологии. Ваш диагноз. Консультация какого специалиста необходима больной?

Эталон ответа:

Невропатия II ветви тройничного нерва.

Стоматолога, нейрохирурга, оториноларинголога.

Задание 4.

Больная Б., 65 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на чувство онемения и мучительные боли в левой половине нижней губы, подбородка и нижней челюсти.

Считает себя больной после проведения мандибулярной анестезии, когда был удален зуб 3.7 по поводу осложненного кариеса. Сразу же почувствовала онемение в области нижней губы слева, подбородка и нижних. В этом состоянии иногда во время еды прикусывала нижнюю губу, часто до крови, хотя и не замечала этого. Трудно было долго разговаривать. Лечилась по месту жительства у стоматолога и невропатолога с диагнозом невропатия III-ей ветви тройничного нерва. Эффекта от лечения не было.

Неврологический статус при поступлении: пальпация точек Валле болезненности не выявляет. Триггерных зон нет. Вертикальная перкуссия зубов нижней челюсти болезненна. Гиперстезия в зоне иннервации нижнелуночкового нерва слева.

Рентгенограмма шейного отдела позвоночника, височно-нижнечелюстного сустава, придаточных пазух носа: без патологии. Ваш диагноз.

Назовите основную причину данного заболевания.

Эталон ответа:

Симптоматическая невралгия III ветви тройничного нерва. Травмирование нерва во время проводниковой анестезии;

Задание 5.

Больной М., 65 лет обратился к стоматологу с жалобами на постоянную боль в передних 2/3 языка справа. Возникновение боли больной связывает с протезированием нижней челюсти справа 2 месяца назад. При объективном обследовании выявлена легкая гипостезия на передних 2/3 языка справа. Прием анальгетиков снимает боль. Ваш клинический и топический диагноз.

Эталон ответа:

Невропатия язычного нерва справа.

Задание 6.

Больной В., 58 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразный характер боли в верхней челюсти справа, преимущественно в области верхних коренных зубов, в области щеки справа. Приступ длится в течение 1-2 мин, провоцируется чисткой зубов,

разговором, приемом пищи. При объективном обследовании: точки выхода подглазничного, подбородочного нервов безболезненны; при смещении кожи в области верхней губы возникает приступ резкой боли. В полости рта зуб 1.7 полностью разрушен, болезненный при перкуссии. После удаления разрушенного зуба 1.7 болевой симптом не купирован.

Ваш клинический и топический диагноз. Консультация какого специалиста в первую очередь необходима.

Эталон ответа:

Диагноз: Невралгия второй ветви тройничного нерва справа, необходима консультация врача-невролога.

Задание 7.

Больная Н., 35 лет, на 6-й день после удаления зуба 2.5 ощутила постоянную боль в области верхней челюсти, губы, поглазничной области слева. В данных областях острая пульсирующая боль появлялась периодически и продолжалась до нескольких часов. При объективном обследовании определена гиперестезия в области крыла носа и верхней губы слева, болезненность точки выхода поглазничного нерва при пальпации. Триггерных зон нет.

Ваш клинический диагноз.

Эталон ответа:

Невропатия (неврит) подглазничного нерва слева.

Задание 8.

К стоматологу обратилась больная К., 25 лет с жалобами на кратковременную приступообразную жгучую боль в области гортани с иррадиацией в правую нижнюю челюсть и ухо, сопровождающаяся, общей слабостью. Приступы провоцируются разговором, приемом пищи, смехом, изменением положения. Возникновение боли больная связывает с проведенной операцией тонзиллэктомией. При объективном обследовании определяется болевая точка за углом нижней челюсти. В полости рта: гиперемия и отек небной дужки, корня языка и миндалины справа. Глоточный рефлекс снижен справа. Больная при возникновении приступа наклоняет голову в правую сторону и сильно растирает рукой позадичелюстную область справа.

Ваш диагноз. Консультация каких специалистов необходима больному?

Эталон ответа:

Невралгия языкоглоточного нерва справа. Необходима консультация оториноларинголога, невролога, онколога.

Задание 9.

Задача № 9 У больной Н., 55 лет, при подготовке к рациональному протезированию удалено несколько зубов верхней челюсти слева, после чего стали возникать продолжительные боли в области правой половины верхней челюсти. Ваш клинический диагноз.

Эталон ответа:

Невропатия (неврит) верхних альвеолярных нервов II-ой ветви тройничного нерва слева.

Задание 10.

К стоматологу обратилась больная С., 51 год с жалобами на постоянную боль в области лица, шеи и уха справа, нарушение вкуса в области передних 2/3 языка, головокружение, звон в ушах. При осмотре имеются высыпания в области козелка уха, мягкого неба, языка. Поставьте диагноз. Назначьте консультацию необходимых специалистов.

Эталон ответа:

Невралгия узла коленца. Консультация невролога и оториноларинголога.

Задание 11.

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена,

отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды. Проведите обоснование диагноза. Ваш диагноз?

Эталон ответа:

Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие “курковой” зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва слева.

Задание 12.

Больной А, 47 лет, обратился с жалобами на острую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, попытка широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Три дня назад, в драке, получил удар в нижнюю челюсть, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение двух дней, была боль при открывании рта. На третий день усилились боль и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в ВНЧС справа. Появились слабость, озноб.

Самостоятельно не лечился. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы тела влажные, температура тела 37,5 гр.С. Конфигурация лица изменена за счет посттравматического отека мягких тканей правой околоушной области. Пальпация этой зоны резко болезненная.

В полости рта: ортогнатический прикус. Открывание рта ограничено до 1,5 см между резцами верхней и нижней челюстей, болезненное. Симптом нагрузки на нижнюю челюсть положительный: боль концентрируется в области правого ВНЧС. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании (ортопантомограмме)

отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме. Ваш диагноз и его обоснование. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

Острый травматический артрит ВНЧС справа. Диагноз выставлен учитывая анамнез заболевания, клинико-рентгенологические данные. Больному показана иммобилизация Нижней челюсти (подбородочно-теменная повязка) 5-7 дней, включающая и ночное время, для создания покоя в ВНЧС, жидкая диета, внутрь нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, наиз) и антибиотикотерапия. Спустя 5-7 дней, при уменьшении отека местных тканей показана активация движений нижней челюстью (ЛФК) и физиотерапия (сухое тепло, УВЧ, лазеромагнитотерапия).

Задание 13.

Задача 2 Больной Б, 49 лет, обратился с жалобами на невозможность закрыть рот и боль в околоушных областях. Во время еды и попытке откусить большой кусок яблока, пациент почувствовал боль в околоушных областях и не смог закрыть рот. Данное состояние возникло впервые. Объективно определяется изменение конфигурации лица за счет удлинения его нижней трети и смещения подбородка впереди. Отмечается слюнотечение из-за невозможности закрыть рот. При пальпации определяется напряжение собственно жевательных мышц. Ткани впереди козелка ушной раковины справа и слева западают. Под склерой дугой с двух сторон пальпируются сместившиеся головки мыщелковых отростков. При насилиственной попытке закрыть рот нижняя челюсть оказывает пружинистое сопротивление, что сопровождается болью. В полости рта: при пальпации переднего края ветвей нижней челюсти определяются сместившиеся кпереди венечные

отростки. Прикус открытый. На рентгенограммах нижней челюсти в боковых проекциях определяются головки нижней челюсти, расположенные кпереди от суставного бугорка. Целостность костных структур не нарушена. Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа:

Двусторонний острый передний вывих нижней челюсти. Диагноз выставлен учитывая анамнез заболевания, клинико-рентгенологические данные.

Задание 14.

Задача 2 Больной Б, 49 лет, обратился с жалобами на невозможность закрыть рот и боль в околоушных областях. Во время еды и попытке откусить большой кусок яблока, пациент почувствовал боль в околоушных областях и не смог закрыть рот. Данное состояние возникло впервые. Объективно определяется изменение конфигурации лица за счет удлинения его нижней трети и смещения подбородка кпереди. Отмечается слюнотечение из-за невозможности закрыть рот. При пальпации определяется напряжение собственно жевательных мышц. Ткани впереди козелка ушной раковины справа и слева западают. Под скуловой дугой с двух сторон пальпируются сместившиеся головки мыщелковых отростков. При насилиственной попытке закрыть рот нижняя челюсть оказывает пружинистое сопротивление, что сопровождается болью. В полости рта: при пальпации переднего края ветвей нижней челюсти определяются сместившиеся кпереди венечные отростки. Прикус открытый. Выставлен диагноз двусторонний передний вывих нижней челюсти. План лечения.

Эталон ответа:

Вправление нижней челюсти по методу Гиппократа и наложение подбородочно-теменной повязки. Принимать полужидкую пищу (челюстная диета) и носить повязку в течение недели. Внутрь нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, наиз) первые двое суток.

Задание 15.

Больной С, 30 лет, обратился с жалобами на боль и припухлость в области верхних отделов околоушных областей, болезненное и затрудненное открывание рта, невозможность смыкания зубов и пережевывания пищи. История заболевания. Два дня назад упал и ударился о бордюрный камень подбородком. Сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Дома заметил, что зубы полностью не смыкаются, а при попытке пережевывать пищу возникала боль в области обоих ВНЧС. При осмотре: нарушение конфигурации лица за счет умеренно

выраженного посттравматического отека мягких тканей в предушных областях. Кожа в этих областях в цвете не изменена. Рот полуоткрыт. При пальпации передней стенки наружных слуховых проходов во время опускания, поднимания и смещения в сторону нижней челюсти, движения суставных головок значительно ограничены, при этом пациент отмечает боль в этих

областях. Симптом нагрузки на нижнюю челюсть положителен в области мыщелковых отростков. В полости рта: нарушение прикуса - отсутствует контакт зубов во фронтальном отделе, контактируют только моляры с обеих сторон. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, хорошо увлажнена, повреждений слизистой оболочки не отмечается. На рентгенограмме нижней челюсти в прямой и боковых проекциях справа и слева: определяется нарушение целостности костной ткани мыщелковых отростков с обеих сторон со смещением отломков внутрь. Возможные методы лечения.

Эталон ответа:

- ортопедический: двухчелюстное шинирование по Тигерштедту шинами с зацепными петлями. На моляры прокладки, межчелюстная резиновая тяга на 4-6 недель.
- хирургический метод под общим обезболиванием: остеосинтез в области мыщелковых отростков с фиксацией отломков титановыми минипластинаами. Сразу после операции

проводится восстановление и фиксация прикуса в привычном для больного положении с помощью межчелюстной резиновой тяги. Назначается медикаментозная терапия (нестероидные противовоспалительные препараты первые двое суток, антибиотики, лучше остеотропные, 7 суток, далее - витамины, препараты кальция).

Задание 16.

Больная Г, 50 лет, обратилась с жалобами на постоянную боль в области (ВНЧС с двух сторон, ограничение объема движений нижней челюсти. Боль возникла за три дня до обращения. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы тела влажные, температура тела 37,3 гр.С. Конфигурация лица изменена за счет умеренно выраженного отёка околоушных областей. Гиперемия кожи в предушных областях. Пальпация ВНЧС резко болезненна. Наружные слуховые проходы, с обеих сторон, сужены. Подвижность суставных головок определяется, вызывая усиление боли в ВНЧС с двух сторон.

Движения нижней челюсти ограничены из-за боли. Открывание рта ограничено. При Рентгенологическом исследовании (методом Шюллера) отмечается расширение суставных щелей обоих ВНЧС, костные структуры, образующие суставы, не изменены. Ваш диагноз и план лечения.

Эталон ответа:

Острый серозный двусторонний неспецифический артрит ВНЧС. Диагноз выставлен на Основании клинических признаков острого воспаления, анамнез заболевания и рентгенологических данных - расширение суставной щели с двух сторон. Лечение - антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия.

Нетепловые физиопроцедуры назначаются после уменьшения отека мягких тканей. ЛФК в целях предупреждения образования фиброзного ВНЧ анкилоза через 1,5-2 недели.

Задание 17.

Больная Г, 53 лет, обратилась с жалобами на чувство давления и слабую боль в области височно-нижнечелюстного сустава с двух сторон. Два года назад пациентка стала Отмечать «скованность» и уменьшение объема движений нижней челюсти, появление в ВНЧС с двух сторон щелкания и хруста, которому не придавала серьезного значения. Спустя год, в области ВНЧС стала появляться боль, которая была «терпимой» в состоянии покоя нижней челюсти. При осмотре: общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Пальпация в области ВНЧС болезненная. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, движения нижней челюсти при открывании рта зигзагообразные, сопровождаются хрустом. Прикус с глубоким резцовыми перекрытием, имеются концевые дефекты зубных рядов челюстей. При рентгенологическом исследовании ВНЧС с двух сторон определяется

уплотнение кортикальных замыкающих пластинок, склерозирование костной ткани в передне-верхних отделах суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧС. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Двухсторонний склерозирующий остеартроз ВНЧС.

Задание 18.

Больная Г, 53 лет, обратилась с жалобами на чувство давления и слабую боль в области височно-нижнечелюстного сустава с двух сторон. Два года назад пациентка стала Отмечать «скованность» и уменьшение объема движений нижней челюсти, появление в ВНЧС с двух сторон щелкания и хруста, которому не придавала серьезного значения. Спустя год, в области ВНЧС стала появляться боль, которая была «терпимой» в состоянии покоя нижней челюсти. При осмотре: общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Пальпация в области ВНЧС болезненная. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, движения нижней челюсти при открывании рта зигзагообразные, сопровождаются хрустом. Прикус с глубоким резцовым перекрытием, имеются концевые дефекты зубных рядов челюстей. При рентгенологическом исследовании ВНЧС с двух сторон определяется уплотнение кортикальных замыкающих пластинок, склерозирование костной ткани в передне-верхних отделах суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти. Суставные щели сужены в задних отделах ВНЧС. Выставлен диагноз двухсторонний склерозирующий остеоартроз ВНЧС. Возможные варианты лечения и обоснование.

Эталон ответа:

Данная патология ВНЧС требует не только симптоматического лечения (обезболивание), диеты для разгрузки ВНЧС на первом этапе лечения. Показано проведение ортопедического лечения в скорейшие сроки рациональное протезирование, нормализующее высоту прикуса.

При прогрессировании артрита – хирургические методы лечения (артроскопические методики, открытые операции на ВНЧС).

Задание 19.

Больная П, 55 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с двух сторон. Боль в ВНЧС сопровождается ограничением подвижности нижней челюсти и открывания рта. Считает себя больной несколько лет (точную дату указать не может). Основное заболевание – митральный ревматический порок сердца. Ревматический анамнез: первая ревматическая атака была десять лет назад, затем атаки несколько раз повторялись. Во время приступов ощущала сильные боли в суставах, отмечалась высокая температура, опухали суставы. Позже появилась боль в области сердца, одышка, усиливающаяся при физической нагрузке.

Сначала появилась

боль в суставах ног, припухлость, хруст, болезненность при движении. Через несколько лет присоединились те же симптомы в ВНЧС. Проходит лечение у ревматолога, им же даны рекомендации пациентке о консультации стоматолога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Отмечается незначительный отек в области ВНЧС с двух сторон. Пальпация в области ВНЧС болезненная. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без патологических изменений. Движения нижней челюсти при открывании рта болезненны, не плавные. При перемещениях нижней челюсти в сторону определяется ограниченная подвижность суставных головок, что сопровождается щелканьем, хрустом и усилением боли. Больная пользуется съемными пластиночными протезами в течение 8 лет, протезы плохо фиксируются в полости рта. Имеется выраженная атрофия протезного ложа.

При рентгенологическом исследовании ВНЧС: отмечается расширение суставных щелей с двух сторон, структуры, образующие сустав, без видимых патологических изменений.

Ваш диагноз и его обоснование. Какими изменениями в стоматологическом статусе можно объяснить усиление боли в области ВНЧС за последнее время заболевания.

Эталон ответа:

Двухсторонний ревматический хронический артрит ВНЧС. Диагноз выставлен с учетом анамнеза заболевания, клинико-рентгенологических данных, имеющегося сопутствующего поражения (ревматизм).

Задание 20.

Больная П, 55 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с двух сторон. Боль в ВНЧС сопровождается

ограничением подвижности нижней челюсти и открывания рта. Считает себя больной несколько лет (точную дату указать не может). Основное заболевание – митральный ревматический порок сердца. Ревматический анамнез: первая ревматическая атака была десять лет назад, затем атаки несколько раз повторялись. Во время приступов ощущала сильные боли в суставах, отмечалась высокая температура, опухали суставы. Позже появилась боль в области сердца, одышка, усиливающаяся при физической нагрузке. Сначала появилась боль в суставах ног, припухлость, хруст, болезненность при движении. Через несколько лет присоединились те же симптомы в ВНЧС. Проходит лечение у ревматолога, им же даны рекомендации пациентке о консультации стоматолога. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Отмечается незначительный отек в области ВНЧС с двух сторон. Пальпация в области ВНЧС болезненная. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без патологических изменений. Движения нижней челюсти при открывании рта болезненны, не плавные. При перемещениях нижней челюсти в сторону определяется ограниченная подвижность суставных головок, что сопровождается щелканьем, хрустом и усилением боли. Больная пользуется съемными пластиночными протезами в течение 8 лет, протезы плохо фиксируются в полости рта. Имеется выраженная атрофия протезного ложа. При рентгенологическом исследовании ВНЧС: отмечается расширение суставных щелей с двух сторон, структуры, образующие сустав, без видимых патологических изменений. Выставлен диагноз двухсторонний ревматический хронический артрит ВНЧС. Какими изменениями в стоматологическом статусе можно объяснить усиление боли в области ВНЧС за последнее время заболевания. Наметьте план стоматологического лечения.

Эталон ответа:

Усиление боли в области ВНЧС объясняется окклюзионными нарушениями, которые возникали по мере износа съемных ортопедических конструкций в полости рта, приводящих к снижению высоты прикуса и, следовательно, повышенной нагрузки на элементы ВНЧС.

Лечение должно осуществляться комплексно ревматологом и стоматологом. Требуется замена протеза (рациональное протезирование полости рта). Симптоматическое лечение (обезболивание, нестероидные противовоспалительные препараты), диета для разгрузки ВНЧС на первом этапе лечения.

Задание 21.

Больная П, 70 года, обратилась к стоматологу с жалобами на ограничение открывания рта в течение 3-х месяцев. Диагноз направившего лечебного учреждения: артрит височно-ижнечелюстного сустава слева. Из перенесенных заболеваний больная отмечаетлевостороннюю мастэктомию пять лет назад по поводу adenокарциномы (стоит на учете в онкологическом диспансере). Ограничение открывания рта нарастало постепенно, в течение нескольких месяцев. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. Температура тела в норме. Пальпируется уплотнение мягких тканей в области ветви нижней челюсти слева, безболезненное при пальпации, без четких границ. Клинических признаков острого воспаления в области ВНЧС нет. В полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без патологических изменений. Открывание рта ограничено до 1,0 см между передними зубами. Боковые движения нижней челюстью свободны и безболезненны. Полная потеря зубов. Протезирование не проводилось. При рентгенологическом обследовании ВНЧС: выявлен очаг деструкции костной ткани в области ветви нижней челюсти с распространением на основание суставного отростка слева, размером 2,5x2,0 см, с нечеткими контурами, с деструкцией наружной кортикальной пластиинки нижней челюсти. Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа:

Метастаз аденокарциномы левой молочной железы в область ветви нижней челюсти слева, с поражением ВНЧС слева. Своебразие клинических проявлений - контрактура и отсутствие воспаления мягких тканей, перенесенная мастэктомия, послужили основанием к предположению о наличии у больной вторичного поражения нижней челюсти злокачественной опухолью. Рентгенологическое исследование подтвердило клинико-анамнестические сведения.

Задание 22.

Больной В, 25 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на ограничение открывания рта, которое возникло после ожога слизистой оболочки полости рта кислотой, около трех лет назад. Стоматолог не может провести санацию полости рта. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. В полости рта: открывание рта ограничено до 1,0 см между передними зубами из-за множественных рубцов слизистой оболочки щечной области справа и слева. Рубцовые тяжи грубые, плотные, без воспалительных изменений. Гигиена полости рта плохая, много зубов поражено кариесом, катаральный гингивит. На рентгенограмме ВНЧС патологии не выявлено. Ваш диагноз по представленным данным. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.

Эталон ответа:

Рубцовая мукозогенная контрактура нижней челюсти 3 степени. В данной ситуации можно контрактуру нижней челюсти устраниить путем рассечения рубцов со свободной пересадкой кожи (слизистой оболочки) или, при поверхностных и подвижных рубцах, возможна пластика местными тканями - встречными треугольными лоскутами по Лимбергу.

Задание 23.

Больной В, 25 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с жалобами на ограничение открывания рта, которое возникло после ожога слизистой оболочки полости рта кислотой, около трех лет назад. Стоматолог не может провести санацию полости рта. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы лица чистые. В полости рта: открывание рта ограничено до 1,0 см между передними зубами из-за множественных рубцов слизистой оболочки щечной области справа и слева. Рубцовые тяжи грубые, плотные, без воспалительных изменений. Гигиена полости рта плохая, много зубов поражено кариесом, катаральный гингивит. На рентгенограмме ВНЧС патологии не выявлено. Выставлен диагноз рубцовая мукозогенная контрактура нижней челюсти 3 степени, состояние после операции пластики местными тканями - встречными треугольными лоскутами по Лимбергу. Наметьте план лечения в послеоперационном периоде.

Эталон ответа:

В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 24.

Больной М, 27 лет, обратился с жалобами на невозможность открыть рот в течение нескольких лет. В раннем детстве больной перенес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно развивалось ограничение открывания рта. Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой. Было улучшение, однако, постепенно рот полностью закрылся. Питался жидкой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. На коже поднижнечелюстной области справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смещена вправо.

Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. Обследование движений суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти через наружные слуховые проходы: отмечаются слева слабые движения, справа – движения отсутствуют. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения диагноза? Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза ВНЧС.

Эталон ответа:

Для уточнения диагноза анкилоза ВНЧС необходимо рентгенологическое обследование ВНЧС справа и слева, оптимально, компьютерная томография лицевого черепа. Линейное измерение размеров нижней челюсти справа и слева (ветвей, тела нижней челюсти). При костном анкилозе ВНЧС при рентгенологическом исследовании отмечается слияние в единый костный массив суставной головки мыщелкового отростка нижней челюсти, суставной впадины и суставного бугорка височной кости, полуулевая вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

Задание 25.

Больной М, 27 лет, обратился с жалобами на невозможность открыть рот в течение нескольких лет. В раннем детстве больной перенес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно развивалось ограничение открывания рта. Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой. Было улучшение, однако, постепенно рот полностью закрылся. Питался жидккой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается нарушение конфигурации лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. На коже поднижнечелюстной области справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смешена вправо. Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. Обследование движений суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти через наружные слуховые проходы: отмечаются слева слабые движения, справа – движения отсутствуют. Выставлен диагноз костный анкилоз ВНЧС. План лечения и какая особенность послеоперационного лечения больных с костным анкилозом ВНЧС?

Эталон ответа:

Хирургическое лечение: артропластика ортопедическим гомотрансплантатом нижней челюсти, суставной головкой мыщелкового отростка вместе с ветвью нижней челюсти или эндопротезирование титанового ВНЧС, что позволяет одномоментно восстановить ВНЧС и удлинить ветвь нижней челюсти. В послеоперационном периоде (через 1,0-1,5 месяца), рекомендуется механотерапия нижней челюсти в течение не менее одного года со дня операции.

Задание 26.

Больная А., 49 лет, обратилась с жалобами на боль в правом ВНЧС суставе, постоянного, ноющего характера. Чувство дискомфорта и неприятные ощущения в правой половине головы при движениях нижней челюсти. Боли появились после протезирования зубов, 3 недели назад. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Отмечается изменение психоэмоционального статуса: плаксивость, раздражительность, фиксирована на болевых ощущениях. Конфигурация лица не нарушена. При пальпации ВНЧС отмечается болезненность в области правого сустава. При открывании рта боли в суставе усиливаются, хруст справа, головка правого ВНЧС сустава смешается книзу и пальпируется под кожей впереди от козелка ушной раковины. Пальпация жевательных мышц болезненна, особенно при опущенной нижней челюсти. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розовая, без патологических изменений. Отмечается ограничение открывания рта из-за боли, S-образное движение нижней челюсти при открывании и закрывании рта. Боковые движения нижней челюстью свободны, но болезнены справа. На верхней и нижней челюсти справа имеются мостовидные протезы с опорой на первых

премолярах и вторых молярах. В области моляров зубы контактируют, во фронтальном отделе между зубами верхней и нижней челюсти имеется горизонтальная щель от 2 до 4 мм. Ваш диагноз, план обследования и лечения больной.

Эталон ответа:

Синдром болевой дисфункции ВНЧС (окклюзионно-артикуляционный синдром). Рентгенологическое обследование ВНЧС (в начале достаточно ортопантомографии). При синдроме болевой дисфункции ВНЧС не выявляется патологических изменений суставных поверхностей. Положение головок нижней челюсти может быть нормальным, задним и глубоким. В первую очередь, должно быть направлено на коррекцию окклюзии, нарушение которой связано с протезированием. Возможно, после удаления имеющихся мостовидных протезов, при наличии болевой симптоматики, пациентке потребуется изготовление окклюзионных шин (для нормализации функции жевательных мышц, положения суставных головок), иглорефлексотерапия. Окончательное протезирование должно устранять травматическую окклюзию. В комплексное лечение необходимо также включить коррекцию психоэмоционального статуса больной.

Задание 27.

У больного, 50 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки. Вид хирургического лечения показанный в данном случае. Как влияет давность образования дефекта для предстоящей операции?

Эталон ответа:

В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Задание 28.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом

поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены. Ваш план лечения.

Эталон ответа:

План лечения:

- а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа;
- б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата?
- в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат?
- г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае? Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата, рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим

послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 29.

Больная, 20 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствии деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено. О каком виде деформации челюсти идет речь и какие варианты оперативного лечения?

Эталон ответа:

На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованием, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней).

Лечение планируют в удалений 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, которыедерживают челюсти в

правильном положении.

Задание 30.

У больного, 54 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени.

Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в

месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина

дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

Эталон ответа:

В данном случае для устраниния дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

Задание 31.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное. Вопросы и задания Укажите основной метод лечения. Укажите основной метод лечения.

Эталон ответа:

При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Задание 32.

Больная , 28 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывание рта (заметила случайно при зевании). Из анамнеза: в 25-летнем возрасте травма — ударилась подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа. Ваш диагноз?

Эталон ответа:

Артроз правого ВНЧС

Задание 33.

Ребенку 1 месяц. Со слов мамы, жалобы на затрудненное сосание, беспокойный сон, ребенок плохо набирает вес. Ребенок доношенный, родился в срок, Осмотрен врачом-педиатром: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию к врачу-стоматологу. Объективно: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная, вплетается в кончик языка. Движение языка ограничены, при плаче ребенка кончик языка раздваивается. Ваш диагноз. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

Короткая уздечка языка, пластика уздечки по Лимбергу.

Задание 34.

Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щечной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5x4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральней от медиального угла глаза. Составьте план обследования и лечения. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

Эталон ответа:

В связи с отсроченностью хирургической помощи и возможными воспалительными явлениями рана обрабатывается антисептиками и ведется под антисептической повязкой. По мере очищения раны возможно провести следующий этап путем перемещения встречных треугольных лоскутов (местными тканями) или путем свободной пересадки ткани (расщепленный кожный трансплантат) с внутренней поверхности плеча. Срок обращения больного не является противопоказанием к пластической операции, в том случае, если рана не инфицирована и нет воспалительных явлений.

Задание 35.

Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу

подбородочной области слева. Угол рта опущен. Укажите вид местно-пластической операции.

Эталон ответа:

Путем перемещения встречных треугольных лоскутов (местными тканями).

Задание 36.

У больного, 43 лет, имеется пигментный невус в области левой половины лица. Верхняя граница пятна в подглазничной области, медиальная граница - в области левого крыла носа, латеральная граница - в проекции линии, условно проведенной через латеральный угол глаза, нижняя граница пятна - ниже угла рта на 1,5 см. Около 2 лет назад больной лечился по поводу перелома нижней челюсти слева. Ваш план лечения и имеет ли значение для составления плана лечения предыдущий перелом нижней челюсти слева?

Эталон ответа:

Иссечение образования и пластика местными тканями (на питающей ножке). Нет не имеет.

Задание 37.

Ребёнок В., 10 месяцев. Жалобы на гнусавый голос, заброс пищи в полость нос, периодически поперхивается и срыгивает. Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. В весе прибавляет плохо. При осмотре выявлено, что лицо симметрично. В полости рта по средней линии дефект твердого неба с ровными эпителилизированными краями, дефект соединяется с полостью носа, слизистая полости носа гипертрофирована, отечна. Мягкое небо провисает, целостность не нарушена. Ваш диагноз его обоснование и план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Эталон ответа:

Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба. Имеет место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы, фрагменты мягкого нёба укорочены. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде. Логопедическое пособие.

Задание 38.

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены. Ваш предварительный диагноз и дополнительные методы обследования.

Эталон ответа:

Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.

Задание 39.

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены. Консультация, какого смежного специалиста необходима больной?

Эталон ответа:

Необходима консультация ревматолога.

Задание 40.

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены. На основании данных дополнительного исследования и консультации ревматолога выставлен диагноз Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения. План лечения и возможные осложнения.

Эталон ответа:

Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазевые повязки. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Задание 41.

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?

Эталон ответа:

Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии. В настоящий момент доказана вирусная теория в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.

Задание 42.

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?

Эталон ответа:

Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.

Задание 43.

Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, сердечно-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в околокорневой области 1.4 зуба патологии не обнаружено. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание 44.

Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 4.6 зуба. Выставлен диагноз неврит нижнелунечевого нерва. Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?

Эталон ответа:

Необходимо тщательно выполнить требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

Задание 45.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом. Выставлен диагноз неврит III ветви тройничного нерва слева. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

Ни в данном случае, ни вообще при невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание 46.

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию

лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот. Выставлен диагноз анкилоз ВНЧС. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом.

Задание 47.

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта.

Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный. Выставлен диагноз фиброзный анкилоз ВНЧС.

Опишите возможные варианты лечения.

Эталон ответа:

При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:

Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами различного типа, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной.

Необходимы хирургические хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Надо стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга) и др.

Задание 48.

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Принцип хирургического вмешательства. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения больног?

Эталон ответа:

Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.

В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 49.

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно: гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Ваш диагноз. Показана ли физиотерапия этой больной?

Эталон ответа:

Острый артрит ВНЧС справа. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Задание 50.

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови

в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены. Выставлен диагноз хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.

Предложите план лечения.

Назовите возможные осложнения заболевания.

Эталон ответа:

Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазевые повязки. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Задание 51.

Пациентка Ж. - 58 лет, обратилась к пластическому хирургу с просьбой улучшить контуры овала лица.

После детального обсуждения возможностей и методов хирургической коррекции возрастных изменений от операции на данном этапе решила воздержаться. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное.

Объективно по внутренним органам и системам без особенностей. Последние 6 лет пациентка постоянно принимает гипотензивные препараты и аспирин кардио 100 мг/сутки, на фоне которых артериальное давление стабильное. Кожа лица сухая, дряблая, с многочисленными мелкими и глубокими морщинками в области лба, век и щек. Цвет лица розоватый «здоровый». Контуры овала лица нечеткие. Имеется дефицит объема жировой ткани в области щек, выражены носоцечные и носогубные складки. Ранее наблюдалась у косметолога до 2-х раз в год,

проводила курс косметического массажа, курсы питательных масок, Д'Арсонваль.

Ваш диагноз. По Вашему мнению, показано ли оперативное лечение и почему?

Эталон ответа:

Возрастные изменения. Нет не показано.

Задание 52.

Ситуационная задача: К пластическому хирургу обратилась пациентка Р. 27 лет с жалобами на неудовлетворительную форму носа. Пациентку не устраивает форма как костного, так и хрящевого отдела носа. При детальном расспросе выяснилось, что имеется нарушение дыхания через правую половину носа, усиливающаяся при простудных заболеваниях. В анамнезе у девушки травма носа, которую она получила в возрасте 11-12 лет во время падения с велосипеда. При осмотре определяется выраженное оливообразное расширение крыльных хрящей носа. Определяются костные гребни носовых костей в виде горбинки.

Какие дополнительные исследования требуются в данном случае?

Эталон ответа:

При планировании оперативной коррекции данного состояния необходимо проведение компьютерной томографии области носо-орбитальной области и придаточных пазух.

Задание 53.

К пластическому хирургу обратился пациент К., 34 лет с жалобами на деформирующий, неэстетичного вида рубец в поднижнечелюстной области. В анамнезе у пациента травма - разрыв мягких тканей поднижнечелюстной области во время аварии. Через 2,5-3 месяца заметил, что рубец утолщается и уплотняется, возникают сложности при движении головы. Обратился повторно, после чего было выполнено иссечение рубца. После 1,5-2 месяцев после повторного вмешательства обнаружил, что рубец деформируется повторно. В настоящее время с момента повторной операции прошло 11 месяцев.

Объективно в поднижнечелюстной области слева определяется линейный деформирующий рубец длиной 7,6-7,7 см. Ширина рубца от 0,4 до 0,6 см на разных

участках. Рубец плотный, выступает над поверхностью кожных покровов, светло розового цвета, безболезненный. Амплитуда движений головы уменьшена.

Ваши диагноз и тактика лечения.

Эталон ответа:

Деформирующий гипертрофический послеоперационный рубец в поднижнечелюстной области слева.

Иссечение рубца и пластика местными тканями перемещением встречных треугольных лоскутов с целью удлинения рубца и изменения его направления. В данном случае сроки позволяют выполнить операцию в ближайшее время.

Задание 54.

Ситуационная задача: Пациент Н., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на выраженную асимметрию и деформацию средней зоны лица. Из анамнеза: 2 года назад выявлен плоскоклеточный рак верхней челюсти слева. Была произведена операция: резекция верхней челюсти с прилегающими мягкими тканями твердого неба, преддверия рта, щечной области. Диагноз плоскоклеточного рака верифицирован гистологически. Была проведена дистанционная гамма-терапия (суммарная доза 60 Грей) и два курса химиотерапии.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Объективно по внутренним органам и системам в пределах возрастной нормы. Объективно: Нарушение конфигурации лица из-за резкого западения верхней губы и мягких тканей в левой скуловой, подглазничной, щечной областях. Отмечается опущение левого глазного яблока на 2 см. Артикуляция нарушена. В полости рта определяется обширный дефект твердого неба, верхней челюсти, щечной области и верхней губы, сообщение с полостью рта, где имеется сквозной дефект твердого неба размером 5 x 4 см, дефект преддверия рта, нижняя носовая раковина выступает в полость рта. Какие еще предоперационные мероприятия необходимы для планирования вмешательства?

Эталон ответа:

Предоперационное моделирование. Снятие гипсовой маски лица, изготовление воскового шаблона восстанавливаемой зоны.

Задание 55.

Больная А., 49 лет, обратилась с жалобами на боль в правом ВНЧС суставе, постоянного, Ноющего характера. Чувство дискомфорта и неприятные ощущения в правой половине головы при движениях нижней челюсти. Боли появились после протезирования зубов, 3 недели назад. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Отмечается изменение психоэмоционального статуса: плаксивость, раздражительность, фиксирована на болевых ощущениях. Конфигурация лица не нарушена. При пальпации ВНЧС отмечается болезненность в области правого сустава. При открывании рта боли в суставе усиливаются, хруст справа, головка правого ВНЧС сустава смещается кнаружи и пальпируется под кожей впереди от козелка ушной раковины. Пальпация жевательных мышц болезненна, особенно при опущенной нижней челюсти. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розовая, без патологических изменений. Отмечается ограничение открывания рта из-за боли, S-образное движение нижней челюсти при открывании и закрывании рта. Боковые движения нижней челюстью свободны, но болезнены справа. На верхней и нижней челюсти справа имеются мостовидные протезы с опорой на первых премолярах и вторых молярах. В области моляров зубы контактируют, во фронтальном отделе между зубами верхней и нижней челюсти имеется горизонтальная щель от 2 до 4 мм. Ваш диагноз, план обследования и лечения больной.

Эталон ответа:

Синдром болевой дисфункции ВНЧС (окклюзионно-артикуляционный синдром).

Задание 56.

Ребенку 1 месяц. Со слов мамы, жалобы на затрудненное сосание, беспокойный сон, ребенок плохо набирает вес. Из анамнеза: ребенок доношенный, родился в срок вскармливание грудное. Осмотрен врачом-педиатром: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию к врачу-стоматологу. Объективно: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная, вплетается в кончик языка. Движение языка ограничены, при плаче ребенка кончик языка раздваивается. Составьте план лечения больного.

Эталон ответа:

Пластика уздечки языка методом Лимберга.

Задание 57.

Больная В., 16 лет обратилась с жалобами на ноющие боли и хруст при широком открывании рта в правом височно-нижнечелюстном суставе. Анамнез: боли появились в течение недели, хруст замечала и раньше при зевании и энергичном жевании. Из анамнеза: несколько лет назад по поводу острой боли лечила 16 и удалила 15. Жует преимущественно на левой стороне. При осмотре отмечена незначительная асимметрия лица за счет различной выраженности носогубных складок и развития собственно жевательной мышцы. Открывание рта - 4 см. Хруст и боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. Прикус – ортогнатический. На рентгенограмме правого височно-нижнечелюстного сустава отмечается незначительная деформация головки суставного отростка, экзостоз. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Деформирующий артрозо-артрит правого височно-нижнечелюстного сустава I степени.

Задание 58.

Больной 15 лет после длительного лечения зуба под анестезией не может закрыть рот. Из анамнеза: направлен на депульпирование 27 при подготовке к протезированию. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, так как хотел закончить лечение в одно посещение. При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечный отросток. Прикус открытый. На боковой рентгенограмме черепа определяются головки нижней челюсти, расположенные на переднем скате суставного бугорка.

Ваш диагноз. В чем тактическая ошибка врача?

Эталон ответа:

Двусторонний передний вывих нижней челюсти. С учетом возраста и состояния зубочелюстного аппарата (отсутствие жевательных зубов) врач не должен был перегружать ВНЧС, спланировать лечение 27 поэтапно.

Задание 59.

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный. О какой патологии ВНЧС можно думать?

Эталон ответа:

На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

Задание 60.

Ребенок , 12 лет, широко открыл рот при зевании и не смог его закрыть. При осмотре отмечается открытый рот, из него самопроизвольно вытекает слюна. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расположение суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти кпереди от суставных бугорков височных костей.

Выставлен диагноз острый передний двусторонний вывих нижней челюсти. Ваши действия

Эталон ответа:

Вправление вывиха следует производить, введя пальцы врача в полость рта пациента и поместив их на выступающие под слизистой венечные отростки. Приложив усилие, направленное книзу и кзади вправить вывихнутую нижнюю челюсть.

Задание 61.

Ребенок К., 1 год. Со слов мамы ребенок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. Выставлен диагноз расщелина твердого и мягкого неба. Укажите анатомические и функциональные нарушения, имеющие место при данной патологии.

Эталон ответа:

Укорочение фрагментов верхней губы, врожденная деформация и уплощение крыла носа слева, укорочение мягкого неба, недостаточность небно-глоточного затвора. Нарушенны функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.

Задание 62.

У участкового стоматолога на диспансерном учете состоит ребенок с врожденной полной односторонней расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Из анамнеза матери: на восьмой недели беременности болела гриппом, последние 5 лет работала на заводе биомедпрепаратов.

Укажите объем и сроки хирургического вмешательства при данной патологии.

Эталон ответа:

Проведение пластики верхней губы в возрасте 4 - 6 месяцев с использованием методов линейных, треугольных, четырехугольных кожных лоскутов. Ранняя пластика неба (по показаниям в 3 - 4 года) при одновременном ортодонтическом лечении. Оптимальный возраст для хирургического лечения расщелин неба 6 - 7 лет, так как ранние операции на твердом небе способствуют задержке роста верхней челюсти. Полную коррекцию кожно-хрящевого отдела носа следует осуществлять в 14-16 лет.

Задание 63.

Больная С., 56 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие мучительных, жгучих, стреляющих, кратковременных болей в средней зоне лица справа. Во время приступа боли отмечают слезотечение, гиперемию лица, иррадиацию болей в висок. Объективно. При осмотре хирургом-стоматологом отмечалась, что в момент приступа больная усиленно стала

дышать, сдавила пальцами мягкие ткани подглазничной области. Приступ продолжался несколько секунд. Повторился через 15 минут, в межприступном периоде болей не отмечалось. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

Невралгия II ветви тройничного нерва.

Задание 64.

Больной В., 54 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразный характер боли в верхней челюсти справа, преимущественно в области верхних коренных зубов, в области щеки справа. Приступ длится в течение 1-2 мин, провоцируется чисткой

зубов, разговором, приемом пищи. При объективном обследовании: точки выхода подглазничного, подбородочного нервов безболезненны; при смещении кожи в области верхней губы возникает приступ резкой боли. В полости рта зуб 1.7 полностью разрушен, болезненный при перкуссии. После удаления разрушенного зуба 1.7 болевой симптом не купирован.

Консультация какого специалиста в первую очередь необходима?

Эталон ответа:

Диагноз: Необходима консультация врача-невролога.

Задание 65.

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена,

отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды. Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие “курковой” зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

1. КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачленено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачленено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачленено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачленено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения

результатах освоения учебной дисциплины	компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	--	---	---

2.

3. Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

4.

5. При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

6. Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью,	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа

	однако допускается одна - две неточности в ответе		
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

7.

8. Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых	удовлетворительноная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в

	к заданию, выполнены		выбором метода решения задачи	ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует